

DOSSIER D'ADHESION CARDIF : Comment souscrire ?

Remplir un dossier d'adhésion d'assurance n'est pas toujours simple, **EOLIA** vous propose donc ce « mode d'emploi » afin de vous aider dans votre démarche.

Vous y trouverez des explications afin de remplir au mieux votre bulletin d'adhésion, ainsi qu'un tableau pour vous aider à déterminer quelques formalités médicales vous devez fournir, en fonction de votre âge et du montant de vos prêts. Pour finir, nous vous décrivons la procédure de souscription chez CARDIF afin que vous ne soyez pas perdus tout au long de cette démarche.

Un dossier d'adhésion complet doit contenir :

- Le(s) bulletin(s) d'adhésion complété(s) et signé(s).
- Les formalités médicales (cf. tableau).
- La déclaration spéciale non fumeur.
- L'autorisation de prélèvement
- Un RIB.
- Les fiches standardisées complétées et signées.
- Le plan de financement de votre banque.



N'hésitez pas à nous contacter si vous avez une question, nous sommes à votre disposition au 02.40.58.14.68 ou par mail à : emprunteur@eolia-assurances.fr

Comment remplir votre bulletin d'adhésion CARDIF ?

Téléchargez le bulletin d'adhésion sur http://eolia-assurances.fr/docsemprunteur.html et suivez nos indications pour le compléter.

Renseignez ici les informations vous concernant

Si vous ne connaissez pas votre catégorie socio-professionnelle, référez au tableau ci-après

Personne(s) à assurer

Adhérent / 1er Assuré *(écrire en lettres capitales)* ☐ M. ☐ Mme ☐ Melle

Nom Prénom

Date de naissance Lieu Dpt ou Pays Nationalité

Profession exacte Catégorie socio-professionnelle(1) ☐ n° 1 ☐ n° 2 ☐ n° 3 ☐ n° 4

sans activité professionnelle, cocher la case n°1 ci-dessus

Etes-vous fumeur ? ☐ Oui ☐ Non, dans ce cas l'Assuré s'engage à compléter la Déclaration Spéciale Non-Fumeur.

(1) A remplir par les Assurés qui choisissent les Formules 2, 3 ou 4 : veuillez vous reporter au tableau des catégories socio-professionnelles en page 2 du Dossier d'adhésion.

Vos coordonnées actuelles

Adresse

Code Postal Ville Pays

☎ Téléphone domicile Téléphone mobile E-mail

Vos coordonnées futures à compter du

Adresse

Code Postal Ville Pays

2ème Assuré *(le cas échéant)* ☐ M. ☐ Mme ☐ Melle

Si vos coordonnées sont différentes de celles du 1er Assuré, merci de les indiquer sur une feuille séparée

Nom Prénom

Date de naissance Lieu Dpt ou Pays Nationalité

Profession exacte Catégorie socio-professionnelle(1) ☐ n° 1 ☐ n° 2 ☐ n° 3 ☐ n° 4

sans activité professionnelle, cocher la case n°1 ci-dessus

Etes-vous fumeur ? ☐ Oui ☐ Non, dans ce cas l'Assuré s'engage à compléter la Déclaration Spéciale Non-Fumeur.

(1) A remplir par les Assurés qui choisissent les Formules 2, 3 ou 4 : veuillez vous reporter au tableau des catégories socio-professionnelles en page 2 du Dossier d'adhésion.

Entreprise adhérente

Dénomination sociale de l'entreprise N° Siren

Adresse Nom du correspondant dans l'entreprise

Code Postal Ville Pays

Assuré(s) : Dirigeant de l'entreprise adhérente ☐ Oui ☐ Non Caution du(des) prêt(s) / du(des) contrat(s) de crédit-bail ☐ Oui ☐ Non

Veuillez compléter le pavé «Personne(s) à assurer»

Cet encadré ne concerne que les souscriptions par des sociétés (SCI, SARL, etc.)

Le bénéficiaire des garanties Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Invalidité Permanente Totale, Invalidité Permanente Partielle, Invalidité Professionnelle des pharmaciens et Incapacité Temporaire Totale de travail est chaque Organisme Prêteur/Crédit-bailleur dont les coordonnées figurent ci-après.

Dans le cadre de l'option Capital supplémentaire en cas de Décès Accidentel de l'Assuré, de l'Option Prévoyance, ou dans l'hypothèse où l'assuré choisit de désigner un bénéficiaire distinct de l'Organisme Prêteur/Crédit-bailleur en cas de Décès, le capital est versé : au conjoint de l'Assuré à la date du décès, à défaut au partenaire auquel il est lié par un PACS à la date du décès, à défaut à son concubin notoire à la date du décès, à défaut à ses enfants vivants ou, en cas de décès de l'un d'entre eux, ses représentants, à défaut à ses héritiers.

La possibilité de désigner un bénéficiaire distinct de l'Organisme Prêteur/Crédit-bailleur en cas de Décès, est réservée aux adhésions effectuées par une personne physique en complément d'un autre contrat d'assurance emprunteur dont le bénéficiaire est l'Organisme Prêteur/Crédit-bailleur et pour une quotité égale à la différence entre 100% et la quotité assurée sur l'autre contrat d'assurance emprunteur. Si l'Assuré le souhaite, il l'indique ci-contre par un «OUI» : ________ (la Formule 1 option Décès seul est obligatoire).

Caractéristiques du(des) financement(s)

	Financement 1	Financement 2	Financement 3	Financement 4	Financement 5
Montant du(des) financement(s)	€	€	€	€	€
En cas de crédit-bail :					
Montant des loyers	€	€	€	€	€
Montant de la valeur résiduelle	€	€	€	€	€
Type *(amortissable, in fine, à palier, relais, crédit-bail…)*					
Objet *(immobilier, professionnel, …)*					
Durée	mois	mois	mois	mois	mois
Différé d'amortissement	mois	mois	mois	mois	mois
Taux nominal	%	%	%	%	%
Quotité assurée *(≤ 100 % par Assuré)*					
Assuré 1	%	%	%	%	%
Assuré 2	%	%	%	%	%
Organisme Prêteur / Crédit-bailleur Merci de préciser pour chaque organisme prêteur / crédit-bailleur	Nom Adresse	Nom Adresse	Nom Adresse	Nom Adresse	Nom Adresse

Si la périodicité des remboursements des échéances des prêts ou des loyers (crédit-bail) n'est pas mensuelle, préciser (trimestrielle, semestrielle, annuelle) : ________________

Renseignez ici le détail de vos prêts. Aidez vous du plan de financement de votre banque

Choisissez ici les garanties auxquelles vous souhaitez souscrire. Pour plus d'informations sur ces différentes garanties allez sur http://eolia-assurances.fr/emprunteur.html

Caractéristiques de l'assurance

	Assuré 1	Assuré 2
Formule 1 : Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie	☐	☐
Option Décès seul	☐	☐
Formule 2 : Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Invalidité Permanente Totale et Incapacité Temporaire Totale de travail	☐	☐
Option sans Incapacité Temporaire Totale de travail	☐	☐
Formule 3 : Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Invalidité Permanente Totale, Invalidité Permanente Partielle et Incapacité Temporaire Totale de travail	☐	☐
Formule 4 réservée aux pharmaciens : Garantie Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Invalidité Professionnelle des pharmaciens	☐	☐

Si vous choisissez la Formule 2 ou 3 :

Assuré 1

- en cas d'**Invalidité Permanente Totale**, l'Assureur rembourse à l'Organisme Prêteur/Crédit-bailleur **le capital restant dû ou les loyers restant dus.** Toutefois, vous pouvez opter pour le versement des échéances de prêt et/ou loyers en cochant la case ci-joint : ☐
- la durée de la franchise en cas d'**Incapacité Temporaire Totale de travail** est de **90 jours.** Toutefois, vous pouvez opter pour une durée différente en cochant la case correspondante ci-dessous :

☐ 30 jours ☐ 60 jours

Assuré 2

- en cas d'**Invalidité Permanente Totale**, l'Assureur rembourse à l'Organisme Prêteur/Crédit-bailleur **le capital restant dû ou les loyers restant dus.** Toutefois, vous pouvez opter pour le versement des échéances de prêt et/ou loyers en cochant la case ci-joint : ☐
- la durée de la franchise en cas d'**Incapacité Temporaire Totale de travail** est de **90 jours.** Toutefois, vous pouvez opter pour une durée différente en cochant la case correspondante ci-dessous :

☐ 30 jours ☐ 60 jours

Périodicité des cotisations d'assurance : ☐ Mensuelle ☐ Trimestrielle ☐ Annuelle

Date de prise d'effet souhaitée : / / *(il s'agit de la date de début de couverture qui déclenche le premier prélèvement)*

La date d'effet correspond le plus souvent à la date de déblocage des fonds.

Choisissez ici la périodicité de prélèvement de vos cotisations d'assurance.
Il n'y a aucun frais de fractionnement: le tarif est le même que vous décidiez de payer mensuellement, trimestriellement ou annuellement.

Garanties optionnelles

Assuré 1

☐ Option Capital supplémentaire en cas de Décès Accidentel

Montant du capital supplémentaire en cas de décès accidentel :

☐ 50 000 € ☐ 100 000 € ☐ 150 000 € ☐ 200 000 € ☐ 300 000 €

Assuré 2

☐ Option Capital supplémentaire en cas de Décès Accidentel

Montant du capital supplémentaire en cas de décès accidentel :

☐ 50 000 € ☐ 100 000 € ☐ 150 000 € ☐ 200 000 € ☐ 300 000 €

☐ **Option Prévoyance** (réservée aux cas d'adhésion par deux assurés).

Signature

Si la Formule 2, 3 ou 4 réservée aux pharmaciens a été choisie, l'(les) Assuré(s) déclare(nt) sur l'honneur exercer une activité professionnelle rémunérée.
L'Adhérent et l'(les) Assuré(s) reconnaissent avoir reçu, pris connaissance préalablement à la présente Demande d'adhésion, et rester en possession de la simulation tarifaire et de la Notice. **En outre, ils certifient que les renseignements fournis sur la présente Demande d'adhésion sont à leur connaissance exacts et prennent acte qu'une réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraîne la nullité du contrat d'assurance conformément à l'article L. 113-8 du Code des assurances.** Conformément aux dispositions de l'article Informatique et Libertés de la Notice, les informations recueillies sont obligatoires pour réaliser l'opération d'assurance puis l'exécuter et seront utilisées pour la gestion interne de CARDIF Assurance Vie, ses mandataires, courtiers et réassureurs. Elles pourront être communiquées à des prestataires pour l'exécution de travaux effectués pour le compte de CARDIF Assurance Vie. L'Adhérent et l'Assuré peuvent exercer leur droit d'accès et de rectification en s'adressant à CARDIF Assurance Vie - Service Relations Clientèle SH 855 - Gestion Prévoyance - 4, rue des Frères Caudron 92858 Rueil-Malmaison Cedex, en joignant à leur demande la copie d'un justificatif d'identité comportant leur signature. L'Adhérent peut renoncer au contrat d'assurance dans un délai de 30 jours calendaires révolus conformément à l'article 12 de la Notice.

Dispositions en cas vente à distance(*) : L'Adhérent et l'Assuré sont informés que les garanties prennent effet, pour chacun des prêts ou des contrats de crédit-bail, sous réserve de l'acceptation du risque et de l'encaissement effectif de la première cotisation par l'Assureur, après expiration du délai de renonciation de 30 jours calendaires révolus ou dès la date d'acceptation de l'offre de prêt / la date de conclusion du contrat de crédit-bail, si elle intervient avant l'expiration du délai de renonciation. Ce délai court à compter de la date de conclusion de l'adhésion.

A ______________________ Le ______________________

Signature de l'Adhérent / 1er Assuré

Cachet de l'entreprise adhérente et signature de la personne habilitée pour l'entreprise

Signature du 2ème Assuré

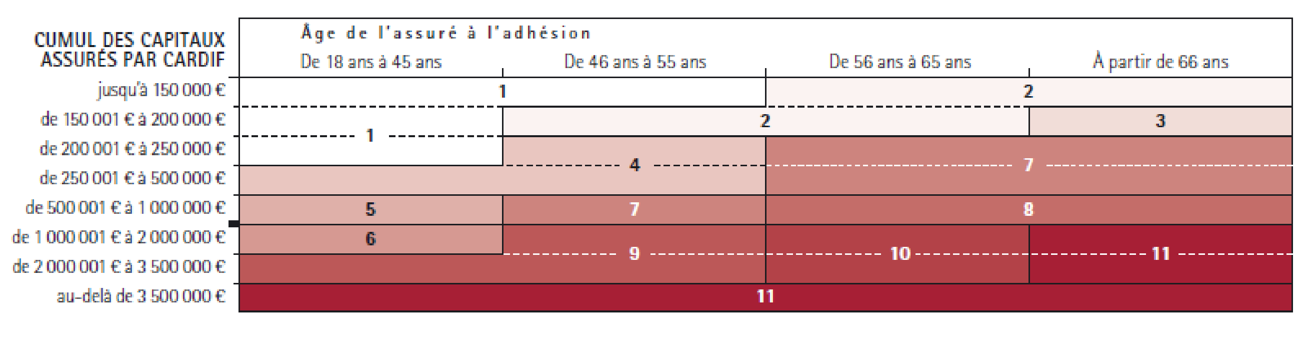
(*) **Vente à distance :** système organisé de commercialisation utilisant une ou plusieurs techniques de communication à distance, jusqu'à et y compris la conclusion de l'adhésion.

Signez ici. N'oubliez pas le lieu et la date.

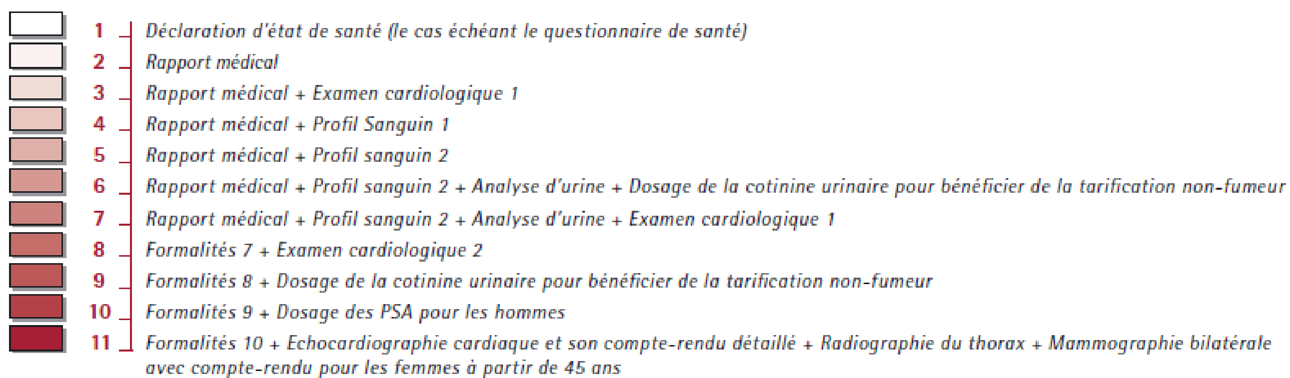
Quelles formalités médicales dois-je remplir ?

Référez-vous au tableau suivant pour savoir quelles formalités médicales vous devez fournir à la compagnie. Tous les questionnaires sont téléchargeables sur notre site à l'adresse suivante: http://eolia-assurances.fr/docsemprunteur.html

Pour toute adhésion, CARDIF prend en charge l'intégralité des frais médicaux occasionnés par ces examens, lorsqu'ils sont effectués dans un centre agréé. Pour déterminer les formalités médicales à effectuer, la totalité des capitaux assurés par CARDIF doit être prise en compte.



CUMUL DES CAPITAUX ASSURÉS PAR CARDIF	Âge de l'assuré à l'adhésion : De 18 ans à 45 ans	De 46 ans à 55 ans	De 56 ans à 65 ans	À partir de 66 ans
jusqu'à 150 000 €	1	1	2	2
de 150 001 € à 200 000 €	1	2	2	3
de 200 001 € à 250 000 €	1	4	7	7
de 250 001 € à 500 000 €	4	4	7	7
de 500 001 € à 1 000 000 €	5	7	8	8
de 1 000 001 € à 2 000 000 €	6	9	10	11
de 2 000 001 € à 3 500 000 €	9	9	10	11
au-delà de 3 500 000 €	11	11	11	11



1. *Déclaration d'état de santé (le cas échéant le questionnaire de santé)*
2. *Rapport médical*
3. *Rapport médical + Examen cardiologique 1*
4. *Rapport médical + Profil Sanguin 1*
5. *Rapport médical + Profil sanguin 2*
6. *Rapport médical + Profil sanguin 2 + Analyse d'urine + Dosage de la cotinine urinaire pour bénéficier de la tarification non-fumeur*
7. *Rapport médical + Profil sanguin 2 + Analyse d'urine + Examen cardiologique 1*
8. *Formalités 7 + Examen cardiologique 2*
9. *Formalités 8 + Dosage de la cotinine urinaire pour bénéficier de la tarification non-fumeur*
10. *Formalités 9 + Dosage des PSA pour les hommes*
11. *Formalités 10 + Echocardiographie cardiaque et son compte-rendu détaillé + Radiographie du thorax + Mammographie bilatérale avec compte-rendu pour les femmes à partir de 45 ans*

⚠ **Au-delà de 1 500 000 euros, ne pas oublier de joindre les questionnaires financiers spécifiques.**

- **Profil sanguin 1 :** Glycémie, triglycérides, créatinine, transaminases ASAT et ALAT, Gamma GT et cholestérol (cholestérol total et fraction HDL), Sérologie HIV (HIV 1, HIV 2) par immunoenzymologie (2 réactifs).
- **Profil sanguin 2 :** Profil sanguin 1 + hémogramme (hémoglobine, hématocrite, numération globulaire, formule leucocytaire, numération des plaquettes), dosage de la CRP, sérologie de l'hépatite B (Ag Hbs, Ac Hbc et Hbs), sérologie de l'hépatite C (de type ELISA).
- **Examen Cardiologique 1 :** Electrocardiogramme de repos avec compte-rendu et rapport cardiovasculaire.
- **Examen Cardiologique 2 :** Electrocardiogramme de repos avec compte-rendu + Electrocardiogramme d'effort datant de moins de 6 mois et rapport cardiovasculaire. Si l'examen n'a jamais été réalisé, la personne à assurer devra prendre contact avec un cardiologue pour prescription de l'examen, le faire pratiquer, sauf contre-indication, et nous en adresser le compte-rendu et les tracés (ergométrie avec fréquence maximale atteinte).
- **Dosage des PSA pour les hommes à partir de 56 ans :** Antigène Spécifique de la Prostate et rapport PSA libre / PSA total.
- **Analyse d'urine :** Leucocytes, hématies, sucre, albumine avec examen cytobactériologique (y compris numération des germes).

Où envoyer les formalités médicales ?

Les éléments médicaux (questionnaire de santé, demande de compléments, examens etc..) sont à adresser directement au médecin conseil de la compagnie (en précisant le code suivant n°65038) :

Médecin conseil de CARDIF
CARDIF Garantie Emprunteur
4, rue des frères Caudron
92858 RUEIL-MALMAISON CEDEX

Toutefois pour un traitement plus rapide de votre dossier, vous pouvez me transmettre directement toutes les pièces qui seront adressées à la compagnie par fax ou mail. Dans ce cas, il convient de joindre à cet envoi le document « LEVEE DE SECRET MEDICAL », disponible sur notre site internet à l'adresse suivante : http://eolia-assurances.fr/docsemprunteur.html

Votre activité professionnelle vous expose à des risques particuliers ?

Si vous exercez l'une des professions suivantes :
Transports routiers, Cascadeurs, Marine marchande, Métiers de la pêche, Militaire, Pétrole&Gaz, Police Nationale, Pompier, Secouriste, Sécurité civile, Produits dangereux, Journaliste, Photographe, Cameraman.

Rendez-vous sur http://eolia-assurances.fr/emprunteurqspeprocardif.html , téléchargez le questionnaire vous correspondant, complétez le et joignez le à votre dossier d'adhésion.

Vous pratiquez un sport ou une activité aérienne ?

Si vous pratiquez l'une des activités suivantes :
Motocyclisme, Aéronautique pour appareils à moteur, Escalade, Alpinisme, Trekking en montagne, Equitation, Sports de neige, Motonautisme, Yachting, Plongée, Sport automobile, Parapente, Parachutisme, Aéronautique pour appareils sans moteur.

Rendez-vous sur http://eolia-assurances.fr/emprunteurqspesportcardif.html , téléchargez le questionnaire vous correspondant, complétez le et joignez le à votre dossier d'adhésion.

La procédure d'adhésion CARDIF

Vous avez complété votre dossier d'adhésion AFI ESCA, que se passe-t-il ensuite ?

- Envoyez-nous votre dossier à l'adresse suivante :

  Cabinet EOLIA
  Service Emprunteur
  3 rue Jacques Prévert
  44800 ST HERBLAIN

- Nous nous chargerons d'envoyer votre dossier à la compagnie pour étude. Il se peut que la compagnie exige des compléments médicaux, auquel cas elle vous envoie directement un courrier vous précisant les nouveaux éléments à lui retourner.

- Une fois votre dossier étudié, la compagnie statue. 4 réponses sont possibles :

  - accepté au tarif normal
  - accepté avec surprime
  - accepté avec exclusion
  - refusé

- Vous avez été accepté au tarif normal : la compagnie vous envoie directement les contrats par courrier en deux exemplaires. Vous devez les signer et transmettre un exemplaire à votre banque.

- Vous avez été accepté avec surprime/exclusion : la compagnie vous envoie directement un courrier vous informant du tarif qu'elle vous propose. Vous devez signer ce courrier et leur renvoyer. Ensuite, la compagnie vous enverra les contrats par courrier en deux exemplaires : vous devez les signer et transmettre un exemplaire à votre banque. Il vous faudra également nous transmettre le tableau d'amortissement définitif dès que vous les aurez.

<u>La signature des contrats en 2 exemplaires formalise votre souscription et vous engage à payer les cotisations à la compagnie.</u>